41e Année. — N° 29 Vendredi 20 Juillet 1894

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

AVIS. — *Les bureaux de la* France Médicale *sont transférés* 9, rue des Pyramides. *Prière de vouloir bien désormais adresser à cette adresse tout ce qui concerne la rédaction et l'administration.*

SOMMAIRE

Clinique médicale : La névrite du plexus cardiaque et l'angine de poitrine liées à l'aortite en plaques ou aortite paludique, par le Dr Lancereaux, 449. — **Bibliographie :** Guide sanitaire des troupes et du colon aux colonies, par le Dr Villedary, 451. — Terminaisons nerveuses dans l'organe de la gustation, par le Dr Paul Jacques, 452. — Manuel des maladies de l'enfance, par d'Espine et Picot, 452. — **Académie des sciences :** *Seance du 9 juillet* 1894. — Présidence de M. Lœwy. — Production expérimentale de la péripneumonie contagieuse du bœuf, à l'aide de cultures. Démonstration de la spécificité du pneumobacillus liquefaciens bovis, 452. — Recherches comparatives sur les produits de combustion du gaz de l'éclairage fournis par un bec d'Argand et un bec Auer, 452. — Sur les radiations calorifiques comprises dans la partie lumineuse du spectre, 454. — Sur l'insertion de la membrane de Corti, 453. — **Académie de médecine :** *Séance du 17 juillet* 1894. — Présidence de M. Empis. — Anévrysme de l'artère crurale, 453 — De l'emploi pour les nourrissons du lait stérilisé à 106° au bain-marie, 454. — La névrite du plexus cardiaque et l'angine de poitrine liées à l'aortite en plaques ou aortite paludique, 454. — Plaie de la carotide interne, 453. — **Société médicale des hôpitaux :** *Séance du 13 juillet* 1894. — Présidence de M. Ferrand. — Infection pneumococcique dans l'érysipèle, 455. — Déterminations cardiaques dans la fièvre typhoïde, 455. — Des abcès péri-amygdaliens, 456. — Attouchements de l'angine diphtérique par la glycérine au sublimé, 456. — Atrésie des coronaires ; angine de poitrine ; mort, 456 — Eruption chéloïdiforme consécutive à une friction d'huile de croton, 456. — **Société de chirurgie :** *Séance du 18 juillet* 1894. — Présidence de M. Lucas-Championnière. — Lithiase biliaire et intervention chirurgicale, 456. — Fistule recto-uréthrale d'origine congénitale, 456. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie :** *Séance du 12 juillet* 1894. — Présidence de M. E. Besnier. 457. — **Société médicale des bureaux de bienfaisance :** *Séance du 13 juin* 1894. Présidence de M. Rotillon, 458. — **Variétés :** Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine. *Séance du 11 juillet.* — Présidence de M. le Dr Verchère, 459. — **Nouvelles,** 461.

CLINIQUE MÉDICALE

La névrite du plexus cardiaque et l'angine de poitrine liées à l'aortite en plaques ou aortite paludique,

Par le Dr Lancereaux,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

L'étude du syndrome désigné sous le nom d'angine de poitrine, et dont on a fait à tort une entité pathologique, laisse toujours à désirer, du moins au point de vue pathogénique.

Les auteurs du dernier siècle, comme les plus récents, sont loin de s'entendre sur ce point, car tandis que les uns attribuent l'angine de poitrine à une altération du cœur, de l'aorte et surtout des artères coronaires, les autres considèrent ce syndrome comme une simple névralgie cardiaque; quelques-uns, enfin, la rattachent à une névrite qui peut avoir des origines diverses et dont la principale serait une lésion de la première portion de l'aorte, de celle sur laquelle repose le plexus cardiaque.

Ainsi, les opinions sont partagées, ce qui tient, selon nous, à une double cause : la désignation, sous le nom d'angine de poitrine, de phénomènes trop souvent dissemblables, la fausse interprétation de la lésion à laquelle se rattache ce syndrome. Des faits bien observés peuvent seuls jeter quelque lumière sur ce sujet; c'est pourquoi il m'a paru utile, pour apporter la conviction dans les esprits, d'en rapporter ici quelques-uns avec dessins et pièces pathologiques à l'appui.

Un homme de 45 ans, soldat d'Afrique de 1843 à 1845, contracte des fièvres intermittentes, se livre à des excès d'absinthe et de tabac, se trouve essoufflé quelques années plus tard et en 1862, à la suite d'un repas, il éprouve un premier accès douloureux qui le force à s'arrêter tous les 10 ou 15 pas. Semblables accès se manifestent à plusieurs reprises à partir de ce moment et sont décrits par le malade comme il suit : serrement épigastrique ou sternal, très vif, remontant vers la gorge pour s'y fixer, anxiété précordiale très intense, trismus, douleurs dans les oreilles.

Dickinson (*Trans. path.*, t. XVII, p. 53, London, 1865), dans trois cas d'angine de poitrine suivis de mort subite, où il trouva le cœur hypertrophié presque vide, la première portion de l'aorte lésée et les orifices des artères coronaires rétrécis, crut devoir attribuer la sternalgie à ce rétrécissement. Mais il négligea malheusement, comme la plupart des auteurs, l'examen du plexus cardiaque. Hutchinson, dans le même recueil (*Trans. path.*, t. VII, p. 102), relate le cas d'un soldat de Gibraltar, mort dans un accès d'angine de poitrine et qui était atteint d'un anévrysme de l'aorte avec compression de l'artère pulmonaire à son origine, et intégrité des artères coronaires, de telle sorte que dans ce cas, c'était uniquement à la lésion de l'aorte que pouvait être rattachée l'angine de poitrine. Toujours dans la même collection, (t. XXXVII, p. 197,) Percy rapporte l'observation d'un homme de 46 ans, qui n'avait jamais souffert de crises d'angine de poitrine,

lorsque l'une des artères coronaires fut trouvée entièrement oblitérée et l'autre considérablement rétrécie. Ainsi, la démonstration est complète, les lésions de l'aorte propagées au plexus cardiaque engendrent l'angine de poitrine, l'oblitération ou le simple rétrécissement des artères coronaires n'est pas forcément suivi de ce syndrome.

Les Bulletins de la Société anatomique ne sont pas moins riches en faits de ce genre. Une femme de 40 ans, dont les antécédents pathologiques ne sont pas indiqués (voyez Poulin, 1878, p. 494), atteinte depuis sept à huit mois d'angine de poitrine, succombe tout à coup dans une crise et présente pour toute lésion une aortite aiguë. Le Dr Léger (Thèse inaugurale, Paris, 1878) a rapporté un fait absolument semblable chez un homme de 35 ans, qui avait eu des fièvres intermittentes en Afrique, et le Dr Huchard a publié (*Bull. Société anatomique*, 1882, p. 135), celui d'un homme de 35 ans, ancien soldat d'Afrique, également mort d'angine de poitrine, dont les orifices des artères coronaires se trouvaient rétrécis en même temps que l'aorte était lésée. A l'exemple des médecins anglais, cet auteur attribue l'angine de poitrine au rétrécissement des artères coronaires et ne serait pas éloigné d'en rapporter l'origine à la syphilis mais comme eux, il a négligé l'examen du plexus cardiaque, et son observation est insuffisante. Je n'en finirais pas si je voulais invoquer tous les faits d'aortite de la première portion de l'aorte avec angine de poitrine et paludisme certains ou probables. Cependant, je ne puis m'empêcher de signaler encore l'observation (voyez Poulalion *Bull. de la Soc. anat.*, 1890, p. 9.) d'un ancien soldat atteint des fièvres intermittentes en Afrique et qui, comme le malade du Dr Hutchinson, fut pris d'accès d'angine de poitrine, mourut subitement et présenta une aortite avec anévrysme de la première portion de l'aorte sans rétrécissement, ni athérome des artères coronaires.

Ces faits nous paraissent suffire à démontrer l'existence, dans le paludisme, d'une aortite spéciale qui a son siège plus habituel à l'origine de l'aorte, est fréquemment accompagnée d'une névrite cardiaque par propagation et de crises d'angine de poitrine. Or, comme, dans ces conditions, les artères coronaires ont été trouvées intactes, c'est bien à la lésion du plexus cardiaque qu'il convient de rattacher ce syndrome, et si un grand nombre d'auteurs ne parlent pas de cette lésion, c'est sans doute parce qu'ils ne l'ont pas cherchée.

Cette aortite qui, mieux que tout autre désordre, permet de se rendre compte des phénomènes douloureux de l'angine de poitrine, n'est pas la seule condition pathogénique de ce syndrome, car tout autre désordre matériel, pouvant irriter le plexus cardiaque ou les nerfs du cœur, produira forcément les mêmes effets, et par cela même, il est facile de comprendre que ceux-ci pourront encore résulter d'un simple trouble fonctionnel. Tels sont les cas d'angine de poitrine observés chez des individus dont le système artériel est intact, mais qui ont abusé du tabac, les névropathes, dont l'estomac est dilaté, et qui digèrent mal, etc. Ce n'est plus à la névrite des nerfs du cœur, mais à une simple névralgie que tient alors le phénomène douloureux désigné sous le nom d'angine de poitrine, aussi ces phénomènes diffèrent-ils fort peu, et l'absence d'une lésion à l'origine de l'aorte est presque le seul signe qui joint à sa faible intensité, et au retour peu fréquent des crises, permette de les différencier.

Si les lésions de l'aorte, localisées à la première portion et propagées au plexus cardiaque, sont pour ainsi dire toujours accompagnées d'angine de poitrine, par contre, celles qui se généralisent à ce vaisseau, au système artériel tout entier, et qui ont pour siège l'endartère présente rarement le même syndrome et ne déterminent, la plupart du temps, que des phénomènes dyspnéiques plus ou moins douloureux, confondus à tort avec l'angine de poitrine.

Effectivement, la dyspnée et l'angoisse sont, dans ces conditions, les phénomènes prédominants; la douleur qui leur fait cortège n'offre pas les irradiations de l'angine de poitrine, et n'est suivie ni de sialorrhée, ni de besoin d'uriner. Cette dyspnée, comme l'angine de poitrine, est parfois suivie d'une mort rapide ou subite, mais celle-ci ne survient jamais qu'à la suite d'un violent effort : une marche forcée, l'ascension d'un escalier, la défécation, etc. Les faits conformes à cette manière de voir sont nombreux. Qu'il me suffise d'en citer un seul. Un homme de 49 ans, dont l'observation a été présentée en 1874 à la Société d'anatomie, comme un cas d'angine de poitrine, par notre distingué collègue, le Dr Rendu, souffrait d'oppression depuis dix-huit mois, au point de ne pouvoir faire le moindre effort sans étouffer, et éprouvait parfois dans la poitrine une vraie sensation d'angoisse, une douleur profonde n'ayant pas d'irradiation vers les membres supérieurs. Admis à l'hôpital Necker, cet homme, qui venait de monter les deux étages de cet hôpital, entrait à la salle Saint-Louis, lorsqu'il tomba brusquement et perdit connaissance; à ce moment, le pouls était supprimé, les battements du cœur nuls; bien que la respiration persistât encore à de longs intervalles, et malgré les moyens employés, il succomba en quelques instants.

L'aorte était le siège d'une endartérite généralisée avec plaques calcaires ; l'artère coronaire gauche fortement dilatée présentait, comme l'aorte, des plaques athéromateuses disséminées et de plus un rétrécissement tel de son calibre au voisinage de son point d'émergence qu'il mesurait au plus 1/2 millimètre. L'artère coronaire droite (postérieure) offrait les mêmes lésions à un degré moindre, car son orifice rétréci admettait à peine le passage d'un stylet et se trouvait dilaté dans le reste de son parcours. Le myocarde, assez anormal à droite, présente au voisinage de l'oreillette gauche une sorte d'infarctus en voie de dégénérescence graisseuse et conséquemment, il diffère de ce qui existe dans l'aortite paludique où, malgré le rétrécissement de

fices des coronaires, la fibre musculaire est hyper-phiée et en général peu modifiée.

Je fait, rapproché à dessein de ceux qui précèdent, t en évidence les caractères distinctifs de chacun ux tant au point de vue symptomatique qu'au point vue anatomique ; il démontre avec la plus grande tteté qu'il n'y a pas lieu de confondre les phénomènes niques de l'aortite paludique avec ceux de l'artério-érose du cœur et des artères coronaires. Tandis que rétrécissement athéromateux de ces vaisseaux se oduit par une dyspnée et une angoisse des plus tenses venant après un effort, l'aortite paludique, par n extension au plexus cardiaque détermine des crises ulioureuses avec irradiation du côté de la tête et du embre supérieur gauche et presque toujours suivies sialorrhée et d'une abondante miction. Du reste, si ns quelques circonstances les lésions des artères co-naires viennent à engendrer des phénomènes assez mblables à ceux de l'angine de poitrine, il faut recon itre que les nerfs du cœur en sont le siège principal, it que la lésion des coronaires ait atteint les filets rdiaques, soit que l'ischémie ait modifié tout à coup ur fonctionnement. Conséquemment, il y a lieu de parer le syndrome désigné sous le nom d'angine de itrine des dyspnées cardiaques, nettement distinctes nt par leurs conditions pathogéniques que par leurs anifestations cliniques, et de l'envisager comme l'ex-ession constante d'un désordre matériel, le plus sou-nt secondaire, des nerfs du cœur, sinon d'un simple ouble fonctionnel direct ou réflexe de ces mêmes par-es.

La mort dans l'angine de poitrine, est d'ailleurs l'ef-t de l'excitation et de l'arrêt du cœur, comme le ouve la vacuité des cavités cardiaques. Sa rapidité sa fréquence font de ce syndrome une affection des us redoutables qu'il importe de prévenir autant que ssible et de combattre d'après des indications pré-ses.

La prophylaxie a pour objet de rechercher avec soin de combattre dès leur origine les lésions aortiques autres, susceptibles de donner naissance à l'angine poitrine, afin d'éviter la propagation de ces lésions plexus cardiaque. L'aortite paludique, en consé-uence, devra être surveillée avec soin et traitée en onséquence, car elle est une des principales conditions natomiques de *l'angor pectoris*; il en sera de même de out autre désordre qui pourrait, à un moment donné, ltérer les nerfs du cœur. Les excès de tabac, dont action sur les nerfs semble peu contestable, seront vités principalement par les rhumatisants et les gout-eux dont le grand sympathique est très excitable; uant aux troubles digestifs qui sont fréquemment occasion d'accès angineux, ils seront combattus par es moyens appropriés.

Le traitement des crises d'angine de poitrine visera orcément le système nerveux; son but sera de com-attre le désordre matériel ou purement fonctionnel des nerfs cardiaques. Nous savons que ceux-ci, dans l'aortite paludique surtout, se trouvent irrités par la présence d'éléments conjonctifs embryonnaires développés à leur pourtour ou même dans leur profondeur, et comme l'iodure de potassium a la propriété de s'opposer au développement définitif de ces éléments, il en résulte que son emploi est nettement indiqué. Lorsqu'il n'existe qu'un simple trouble fonctionnel, il y a lieu de recourir à d'autres agents parmi lesquels la quinine, la salicylate de soude, l'antipyrine auront la première place en raison de leur puissante action sur le système nerveux.

Il est nécessaire, en tous cas, de calmer le plus promptement possible les intenses douleurs de l'angine de poitrine et l'on sait que l'un des meilleurs moyens est l'emploi modéré d'injections hypodermiques de morphine. Quelques gouttes enfin de nitrite d'amyle et d'iodure d'éthyle versées sur un mouchoir laissent échapper des vapeurs dont l'aspiration est des plus utiles au moment des crises, car elle soulage, non seulement la douleur, mais encore la dyspnée qui l'accompagne. Basée sur le déterminisme de l'élément histologique affecté, cette thérapeutique est tout à la fois rationnelle et scientifique, si donc elle n'a pas toujours l'utilité que nous voudrions, il ne faut pas moins nous accorder qu'elle met le médecin à même de rechercher par l'expérimentation des agents d'une efficacité supérieure à celle de ceux qui sont aujourd'hui à notre disposition.

BIBLIOGRAPHIE

Guide sanitaire des troupes et du colon aux colonies, par le Dr Villedary, médecin-major de deuxième classe, ancien médecin des ambulances du corps expéditionnaire du Tonkin. — Paris, Société d'éditions scientifiques. 1892.

La nécessité d'une hygiène rigoureuse se fait sentir d'une façon impérieuse dans l'armée à laquelle tout le monde appartient à une période de son existence. Si les ouvrages sur l'hygiène ne manquent pas, ceux qui sont relatifs à l'hygiène des pays chauds sont plus rares, Aujourd'hui le Dr Villedary nous donne sous la forme d'un guide sanitaire le résumé des soins hygiéniques auxquelles doivent se soumettre les troupes et les colons dans les pays chauds.

L'importance de l'hygiène est particulièrement grande en effet dans les pays où le climat agit à la fois en déprimant l'organisme et en le soumettant à des causes spéciales d'infections. La question de l'acclimation joue ici un grand rôle, et c'est en étudiant la modifications que les climats exotiques pouvent imprimer à notre organisme que l'on peut avoir une idée des moyens hygiéniques propres à accroitre la résistance aux conditions défavorables de ces climats.

Ce guide sanitaire est divisé en deux parties. Dans la première, l'auteur étudie dans les différents chapitres les modifications imprimées à l'organisme de l'Européen par les climats coloniaux, le rôle de la chaleur humide, la pathologie des pays chauds; puis il donne les règles spéciales qui s'appliquent à chaque acte de la vie organique, à l'acclimatation, à l'habitation, au vêtement, au travail, au sommeil, à la propreté corporelle, enfin aux plaisirs et notamment aux plaisirs vénériens.

La deuxième partie comprend l'étude de la prophylaxie et du traitement des principales maladies des pays chauds. L'auteur n'envisage ici que quelques maladies, la diarrhée, la dysentérie, les fièvres palustres, le choléra, la fièvre jaune, l'insolation et le coup de chaleur, les ulcères des pays chauds. Il termine par quelques notions sur la première intervention nécessaire dans les traumatismes.

Nul doute que ce guide ne soit appelé à rendre d'excellents services en vulgarisant les notions d'hygiène coloniale et en faisant comprendre leur absolue nécessité. L. J.

Terminaisons nerveuses dans l'organe de la gustation, par le Dr Paul Jacques. — Paris, Battaille et Cie, 1894.

Les premiers travaux entrepris pour connaître les terminaisons ultimes du glosso-pharyngien dans l'organe de la gustation parurent démontrer la nature nerveuse de certaines des cellules des bourgeons et leur continuation par une fibrille centripète, assimilant ainsi morphologiquement les organes du goût et de l'olfaction.

Des recherches plus récentes amenèrent au contraire Retzius, V. Lenhossek et Arnstein à des conclusions opposées : pour eux les fibrilles gustatives se terminaient par des extrémités libres interposées aux cellules en les enveloppant dans leur ensemble sans jamais présenter avec elles de rapports plus intimes qu'une simple contiguité. Les cellules gustatives étaient dès lors déchues de leur rang de cellules nerveuses et réduites au rôle plus modeste d'éléments sensoriels secondaires (Retzius).

C'est pour vérifier ces faits que, sur les conseils du prof. Nicolas, le Dr Paul Jacques a entrepris au laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine de Nancy une série de recherches dont il a fait le sujet de sa thèse inaugurale.

Dans un premier et court chapitre il fait l'historique de la question; dans le 2e chapitre, il décrit le manuel opératoire qu'il a employé et la méthode de Golgi à laquelle il a eu recours. Le 3e chapitre, le plus important, est consacré à ses recherches personnelles et aux résultats qu'elles lui ont donnés. De nombreuses figures reproduites sur cinq planches facilitent la lecture de ce très intéressant travail. E. D.

Manuel des maladies de l'enfance, par d'Espine et Picot (5e édition). — J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1894.

La rapidité avec laquelle se succèdent les éditions de cet excellent manuel (la 1re édition date de 187[illegible]) fait son éloge mieux que nous ne saurions le faire nous-même.

Aussi nous bornons-nous à constater que les auteurs ont soumis leur travail à une revision générale, et que la plupart de leurs articles ont reçu des additions plus ou moins importantes. Quelques-uns d'entre eux, en particulier ceux relatifs au tabes spasmodique infantile, à la typhlite et périty phlite, et à la cirrhose du foie (qui de simple paragraphe est devenu article complet) ont été entièrement remaniés.

Les articles Anémie, Pseudo-leucémie et Leucémie, Perlèche et Tumeurs adénoïdes du pharynx figurent pour la première fois dans leur manuel. Nous n'étonnerons personne en disant que, sous une forme concise, ces différents articles renferment tout ce qu'il importe au praticien de connaître pour le diagnostic et le traitement de ces affections. Dr E. Deschamps.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 juillet. — Présidence de M. Lœwy.

Production expérimentale de la péripneumonie contagieuse du bœuf, à l'aide de cultures. Démonstration de la spécificité du pneumobacillus liquefaciens bovis. — M. S. Arloing. J'ai reproduit sur le bœuf, avec des cultures pures du pneumobacille comprises entre la deuxième et la dixième génération, les altérations typiques causées sous la peau et dans la poitrine par le virus de la péripneumonie contagieuse. Je puis donc affirmer péremptoirement : 1° que l'agent virulent de la péripneumonie contagieuse est un microbe ordinaire; 2° que ce microbe est le *pneumobacillus liquefaciens bovis*.

Recherches comparatives sur les produits de combustion du gaz de l'éclairage fournis par un bec d'Argand et par un bec Auer. — M. N. Gréhant. J'ai soumis à de nouvelles recherches les produits de combustion du gaz de l'éclairage en me servant du procédé chimique par l'oxyde de cuivre et de mon procédé à la fois physiologique et chimique qui permet de doser avec la plus grande exactitude les moindres traces d'oxyde de carbone.

Bec d'Argand. — Je fais allumer un bec d'Argand, qui est enveloppé d'un manchon de cristal et d'un couvercle métallique communiquant par un réfrigérant et un long tube de caoutchouc avec le gazomètre dans lequel on établit une diminution de pression de 2 centim. d'eau; les produits de la combustion remplissent 150 litres en six minutes.

On fait passer ce gaz lentement sur l'oxyde de cuivre pendant vingt-quatre heures et l'on obtient, pour 73 litres, un léger anneau de carbonate de baryte qui, décomposé, donne seulement 1 cc., 2 d'acide carbonique : il existe donc, dans les produits de la combustion du bec d'Argand, une trace de gaz contenant du carbone, mais la proportion en est si faible qu'on peut l'évaluer à 1/75000.

n faisant respirer à un chien les produits de combustion
ı bec d'Argand, après avoir pris un échantillon de sang
mal pour doser le gaz combustible du sang, j'ai trouvé,
bout d'une demi-heure, qu'un second échantillon de
g a donné la même réduction au grisoumètre, ou 0,91,
qui confirme le résultat précédent et démontre l'ab-
ce de l'oxyde de carbone dans ces produits de combus-
ı.

ec Auer. — Il n'en est plus de même lorsqu'on opère
c le bec Auer, qui donne une lumière si blanche et si
uissante.

n faisant passer 60 litres de gaz provenant de la com-
tion de ce bec, j'ai obtenu, après l'oxyde de cuivre, un
ipité volumineux que je présente à l'Académie et qui,
omposé dans une expérience toute semblable, m'a
né 23 centim. 2 d'acide carbonique correspondant à
entim. 2 de formène ou d'oxyde de carbone, ou d'un
ange des deux gaz ; la proportion de ce gaz combustible
s les produits de la combustion est égale à 1/2580.

n recherchant avec un animal si ce gaz contient de
yde de carbone, j'ai obtenu un résultat positif : après
demi-heure de respiration, j'ai obtenu 1 centim. 3
yde de carbone pour 100 centim. de sang, ce qui re-
entait dans l'air 1/4300 d'oxyde de carbone.

résulte de ces recherches qu'il y aurait le plus grand
rêt, au point de vue de l'hygiène, à faire échapper au
ors les produits de la combustion du gaz de l'éclairage,
out ceux qui proviennent du bec Auer.

**ır les radiations calorifiques comprises dans la partie lu-
euse du spectre.** — M. Aymonnet. Melloni, en 1835 et
,a fait remarquer :

' Que le maximum de lumière du spectre solaire con-
re une position presque invariable, pendant que lemaxi-
m calorifique se déplace, et que l'action chimique varie,
c la nature du spectroscope, avec la composition chi-
ue des corps transparents mis en avant de la fente, et
c l'époque des observations faites par un ciel égale-
nt serein, le soleil étant à la même hauteur au-dessus
'horizon ;

' Que les humeurs *aqueuses* de l'œil ne laissent arriver
la rétine que la série d'ondes donnant le calorique lu-
ieux;

° Qu'il y a discordance entre les effets optiques et ther-
ques observés dans la partie lumineuse d'un spectre
ire obtenu avec un spectroscope de sel gemme.

amin et Masson, en 1850, reprirent les expériences de
loni, relatives à la troisième remarque, en employant
spectroscope plus parfait optiquement que celui du sa-
t italien, mais hétérogène, composé de flint et de
wn. Ils trouvèrent un accord *presque* parfait entre les
énomènes caloriques et lumineux. Cette divergence des
ultats obtenus par d'aussi habiles expérimentateurs peut
e attribuée aux différences de leurs spectroscopes, et
si à ce que le sel gemme n'absorbe pas les mêmes ra-
tions que le flint et le crown.

amin, en 1860, fit des recherches sur la thermochrose
différents tissus et humeurs de l'œil ; il reconnut que,
ır les radiations obscures, elle est identique à celle de
u. Cette identité subsiste-t-elle encore pour les rayons
npris entre le rouge et le violet ? Si oui, comme plusieurs
périmentateurs ont constaté que l'eau absorbe inégale-
nt les diverses radiations du spectre lumineux, il est
certain que l'œil ne peut percevoir les rayonnements de cette région capables d'être absorbés par l'eau.

Je me suis proposé d'élucider expérimentalement cette question qui intéresse, non seulement la théorie générale de l'optique, mais encore et particulièrement celle du spectre d'émission et d'absorption.

Ces expériences m'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° L'œil ne perçoit pas toutes les radiations comprises entre le rouge et le violet ;

2° L'œil n'est pas impressionné par les rayonnements interceptés par l'eau ;

3° Lorsque le milieu interposé entre la source radiante et l'appareil de mesure renferme de l'eau, il y a concordance, mais imparfaite, entre la distribution de la chaleur et celle de la lumière dans la même région du spectre ;

4° Les raies ou bandes brillantes que nous pouvons observer dans un spectre sont seulement celles ou une partie de celles qui peuvent franchir l'eau. Ainsi il est probable que le sodium émet, dans R — V, d'autres radiations que les raies D ;

5° Puisque l'eau intercepte les radiations obscures, son spectre d'absorption est discontinu en γ ; il est très probable qu'il en est ainsi pour les spectres d'absorption de tous les corps ; aucun d'eux n'est continu.

Sur l'insertion de la membrane de Corti. — MM. Coyne et Cannieu. En résumé, la membrane de Corti, sur une coupe longitudinale du limaçon, se présente sous la forme d'une membrane assez épaisse vers sa partie centrale, se terminant par deux extrémités à peu près semblables, minces, allongées, dont l'une, l'interne, prend insertion sur la protubérance de Huschke et l'autre, l'externe, sur les cellules de Waldeyer, les cellules du sommet, les piliers, les cellules de Deiters et de Corti, et les premières rangées des cellules de Claudius.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juillet 1894. — Présidence de M. Empis.

Anévrysme de l'artère crurale. — M. Viard, de l'Isle, sur le Serein (Yonne), communique l'observation d'un jeune homme de 18 ans, atteint d'un volumineux anévrysme spontané de l'artère crurale. Une ponction pratiquée dans le sac donna issue à un flot de sang ; immédiatement on fit la ligature de la crurale au pli de l'aine, mais au-dessous de l'issue de la fémorale profonde ; aussi l'hémorrhagie, primitivement arrêtée par l'application d'un tampon, reparut dès que le tampon fut enlevé. On fit un nouveau tamponnement qui n'empêcha pas le malade de succomber quatre jours après l'opération.

De l'emploi pour les nourrissons du lait stérilisé à 100° au bain-marie.— M. Budin rapporte, en son nom et au nom de M. Chavanne, les résultats que leur a donnés à la Charité l'emploi du lait stérilisé. Cette communication complète celles faites par les mêmes auteurs en 1892 et 1893. Les observations présentées sont accompagnées de courbes montrant les résultats les unes de l'allaitement mixte, les autres de l'allaitement artificiel.

Si la mère a deux jumeaux, l'emploi du lait stérilisé lui permettra de s'aider et d'élever ses enfants sans secours étrangers. D'autres fois on est forcé d'avoir recours au lait

stérilisé. Certains enfants ne peuvent supporter le lait de nourrice et se trouvent parfaitemnt du lait stérilisé. On devra également employer ce lait chez les enfants qu'un vice de conformation tel que bec-de-lièvre compliqué empêche de téter.

Lorsqu'il y a syphilis d'un des parents ou des deux, on ne peut confier l'enfant à une nourrice. Ce mode de traitementsera surtout utile en ville quand l'affection spécifique doit rester ignorée, soit du père, soit des parents d'un des époux.

On fera usage de lait stérilisé pur et consommé dans les vingt-quatre heures. Le lait coupé avec de l'eau est insuffisant, ainsi que le montrent plusieurs observations.

On a fait au lait pur certains reproches. Le lait de vache pur, a-t-on dit, est trop riche en caséine et provoque des vomissements. Mais l'année dernière, M. Chavane a montré que le lait pur stérilisé ne se coagule pas dans l'estomac en caillots un peu volumineux, mais au contraire en grumeaux très fins et par suite n'amène plus les vomissements. Par conséquent sous l'influence de la température à 100 degrés, la caséine subit des modifications particulières qui en rendent la digestion beaucoup plus facile.

L'emploi du lait pur facilite beaucoup la pratique de l'emploi du lait stérilisé. On n'est plus forcé de rechercher dans quelles proportions on doit couper le lait de l'enfant, proportions qui varient nécessairement suivant son âge.

Ce n'est pas à dire que l'on devra toujours et en tout cas donner le lait stérilisé pur. L'enfant peut être malade et alors mal supporter le lait pur. Il faudra alors soit couper le lait de vache avec de l'eau de chaux ou de Vichy, soit faire prendre de la pepsine, etc. On surveillera l'alimentation pour empêcher aussi bien la suralimentation que l'alimentation insuffisante.

La suralimentation détermine des troubles gastriques et l'enfant maigrit. Quand il y a alimentation insuffisante, il se produit une diminution de poids qui est alors aisée à comprendre. Ce fait s'observe souvent quand on change le régime de l'enfant et qu'on lui supprime le sein pour le mettre au lait stérilisé; la mère donne alors souvent le lait en quantité insuffisante. C'est au médecin qu'il appartient d'établir la quantité de lait qui doit être donnée à l'enfant.

Le lait doit être stérilisé chaque jour et être contenu dans une petite bouteille suffisante pour une tétée. Le lait stérilisé qui séjourne longtemps dans une bouteille subit des modifications dans son goût et dans son aspect. Il faut donc toujours donner du lait frais stérilisé et ne jamais le laisser dans une bouteille incomplètement remplie. Toute bouteille entamée doit être consommée par l'enfant où s'il reste du lait il doit être rejeté. Il faut toujours employer du lait de bonne qualité.

La difficulté est de trouver du bon lait. En ville la chose est un peu plus difficile qu'à la campagne surtout pendant l'été. Tout récemment les producteurs, grâce à la simplification de l'embouteillage, sont arrivés à stériliser eux-mêmes leur lait et le délivrent à la consommation dans de grandes bouteilles bien closes. Il est alors facile de stériliser de nouveau dans des flacons gradués pour les petits enfants.

Je crois donc pouvoir conclure de cette étude que : Pour l'enfant dans les premières semaines de la vie rien ne vaut l'allaitement au sein. C'est seulement quand on y est obligé que durant cette période on aura recours à l'allaitement par le lait stérilisé, soit que la mère n'ait pas assez de lait ou ne puisse nourrir, soit que, pour des raisons diverses, elle ne puisse prendre de nourrice.

M. Tarnier. Il faut faire quelques restrictions sur les avantages du lait stérilisé. C'est peut-être moins du lait stérilisé que du lait bouilli en vase clos. Le lait pur doit être frais en nature, ou coupé avec de l'eau et bouilli ou placé dans une marmite américaine, ou placé au bain-marie dans de l'eau salée ou dans de l'huile qui le porte à plus de 100°, ne donne pas une grande différence. Il y a des enfants qui digèrent bien le lait pur, d'autres digèrent mieux le lait coupé, mais beaucoup d'enfants périclitent avec les moyens qui poussent à merveille lorsqu'on les donne à une bonne nourrice et même à une nourrice moyenne.

M. A. Fournier. La communication de M. Budin confirme absolument les résultats que nous avons obtenus à l'hôpital Saint-Louis avec nos enfants syphilitiques. Le lait stérilisé nous a rendu de très grands services, nous avons eu à nous en louer dans tous les cas. Un père syphilitique a rendu sa femme enceinte; nous ne sommes pas autorisés à donner à cet enfant une nourrice saine, l'alimentation par un animal est peu pratique; souvent la femme elle-même croit ne pas pouvoir nourrir. Dans ce cas, il faut faire commencer la nourriture par la mère, puis la soutenir, dès que c'est possible, par le lait stérilisé.

La névrite du plexus cardiaque et l'angine de poitrine liées à l'aortite en plaques ou aortite paludique. — M. Lancereaux. (Voir ci-dessus, p. 449.)

M. Le Roy de Méricourt. J'ai navigué longtemps, je suis resté longtemps professeur à l'école de médecine navale de Brest; de plus, comme directeur des Archives de médecine navale, je parcours tout ce qui est publié sur le paludisme et cependant je n'ai jamais remarqué que l'angine de poitrine fût plus commune chez les paludiques que chez ceux qui ne l'étaient pas.

M. Lancereaux. La remarque de M. Le Roy de Méricourt ne me surprend pas ; elle tient à ce qu'il observe habituellement le paludisme à l'état aigu, tandis que nous l'observons plus que lui à l'état chronique avec toutes ses complications habituelles.

M. Laveran. Je tiens à confirmer les observations de M. Le Roy de Méricourt. Au Val-de-Grâce, nous soignons un grand nombre d'officiers qui sont des paludiques chroniques, et nous n'observons pas plus de cas d'angine de poitrine chez ces malades que chez les autres.

Plaie de la carotide interne. — M. Schwartz présente un homme qui s'était tiré deux coups de revolver dans la tempe droite ; cet homme a conservé sa connaissance, mais du côté blessé la cécité est complète et le moteur oculaire externe est paralysé. Il y a eu de l'épistaxis qui s'est arrêtée, mais aucun symptôme cérébral.

On s'abstint de toute intervention et au bout de dix jours le malade quitta l'hôpital, conservant son amblyopie et sa paralysie musculaire. Cinq semaines après l'accident, il eut des épistaxis très abondantes qui se reproduisaient de temps à autre sans que rien pût les arrêter. Il rentra à l'hôpital six mois après, étant à peu près exsangue. Je pratiquai alors la ligature de la carotide externe gauche, puis celle de la droite.

Six jours après, nouvelle épistaxis. Je fis alors une opération consistant à rabattre le nez du haut en bas, après avoir incisé la peau en conséquence et sectionné les os

reau de la plaie cutanée. Le nez ainsi rabattu mais main-
nu par sa partie inférieure, je découvre une cavité qui
st autre que le sinus sphénoïdal et qui est le siège de
émorrhagie. Je la tamponne, l'hémorrhagie est arrêtée
je réapplique le nez que je suture.
Les mèches sont laissées en place une quinzaine de jours,
is retirées. Les hémorrhagies ne se sont plus renouvelées,
le malade ayant été tonifié, l'anémie disparut peu à peu ;
est actuellement en excellente santé.
A 4 h. 45 la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juillet 1894. — Présidence de M. Ferrand.

Infection pneumococcique dans l'érysipèle. — M. Roger. peut observer, au cours des érysipèles, des pneumo-s, des péritonites et des méningites, qui relèvent, non streptocoque mais du pneumocoque.
ix fois j'ai vu les pneumocoques envahir le poumon ; le ut des accidents se fait d'une façon insidieuse et n'est noncé que par une aggravation des phénomènes géné-x ; il n'y a ni frisson, ni point de côté, ni crachats illés ; souvent, il ne se produit pas de fièvre. Seule, scultation permet le diagnostic, en faisant entendre un ffle tubaire occupant généralement la base du côté it. Deux malades guérirent ; les quatre autres succom-ent ; mais, quelle que soit la terminaison, l'évolution est jours fort courte et ne se prolonge guère plus de qua-te-huit heures. L'examen des crachats permet seul le gnostic étiologique en révélant la présence des pneumo-ues. Dans un cas, la pneumonie s'accompagne de pé-nite ; après avoir fait l'étude bactériologique des cra-ts, je crus pouvoir affirmer qu'il s'agissait d'une périto-e à pneumocoques et l'autopsie confirma ce diagnostic. es lésions constatées à l'autopsie s'éloignent véritable-nt de celles qui caractérisent la pneumonie franche : st de la splénisation et non de l'hépatisation que l'on uve. L'examen microscopique montre que les lésions ppent les bronches, les vaisseaux, les alvéoles ; le ré-u fibrineux est souvent peu appréciable.
'infection pneumococcique peut se traduire, parfois, par déterminations méningées. J'ai observé trois cas de genre.
ans ces cas, le malade présente de la raideur à la nuque les contractures au niveau des membres inférieurs. Le gnostic de méningite s'imposait, mais on pensa à une ermination secondaire de l'infection streptococcique : fut seulement à l'autopsie qu'on reconnut que les acci-nts dépendaient du pneumocoque.
ans tous les cas, l'examen bactériologique a donné des ultats très nets : nombreux pneumocoques dans les mé-nges et dans le sang ; ces pneumocoques étaient tantôt tés, tantôt associés à quelques rares staphylocoques ou à elques streptocoques.
es anciens observateurs avaient longement discuté sur nature des pneumonies de l'érysipèle ; aujourd'hui on t que l'altération pulmonaire peut être due au streptoco-e ; mais cette éventualité est rare, car je n'en ai pas ob-vé un seul exemple sur un total de 545 malades atteints d'érysipèle. Quant aux péritonites ou aux méningites, personne n'avait songé à les rattacher à une infection secondaire et il est bien évident qu'une pareille conception ne pouvait être émise avant les recherches bactériologiques.

Je pense, enfin, que l'évolution si spéciale des infections pneumococciques au cours de l'érysipèle tient à l'action simultanée du pneumocoque et du streptocoque ou plutôt de toxines streptococciques. Ce microbe restant souvent cantonné au niveau de la peau, il est probable que c'est à une intoxication de l'organisme par ces produits solubles qu'est due l'exaltation de virulence du pneumocoque et la marche particulière parfois foudroyante des manifestations.

Déterminations cardiaques dans la fièvre typhoïde. — M. Siredey, en réponse à M. Huchard, lit un mémoire dont voici le résumé :

Les myocardites s'appuient sur une base anatomique indiscutable qui, jusqu'ici, fait à peu près défaut dans les névrites cardiaques.

L'hypothèse d'une altération des centres nerveux et en particulier du bulbe par un poison spécial est assurément plus séduisante, mais il reste à déterminer la nature et le mode d'action du poison. Il ne faut pas oublier que dans ces états, qui confinent plus ou moins au collapsus, il s'agit de phénomènes très complexes et encore mal définis.

Si importants que soient les accidents nerveux, ils ne sauraient être envisagés isolément chez un malade atteint de fièvre typhoïde. Le même principe toxique, quel qu'il soit, qui se manifeste dans la plupart des maladies infectieuses, ne fixe pas seulement son action sur le système nerveux : son influence se fait sentir sur tous les viscères et sur la plupart des éléments de l'organisme. L'infection frappe les cellules du foie, celles des reins, les fibres cardiaques, les globules rouges du sang qui perdent en partie leur affinité pour l'oxygène..., et bien qu'il n'existe pas toujours, dans les cas à évolution rapide, de lésions étendues et nettement appréciables de ces divers organes, leur fonctionnement individuel n'en est pas moins gravement entravé.

On connaît mieux les altérations cardiaques d'origine artérielle qui se développent un peu plus tardivement vers le troisième septénaire, ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde. La mort subite peut en être la conséquence s'il se produit une oblitération artérielle importante, mais le plus souvent, elles ont une marche chronique et donnent lieu à des cardiopathies tardives.

Les myocardites aiguës tiennent assurément la plus grande place parmi les déterminations cardiaques observées au cours de la fièvre typhoïde. Quant aux faits analogues à celui que je viens de rapporter, il semble assez difficile actuellement de leur donner une interprétation précise. A-t-il existé des modifications passagères fugaces de la fibre cardiaque au moment où apparaissaient les symptômes de collapsus ? Rien ne permet de l'affirmer, mais il serait peut-être téméraire de le nier formellement. D'autre part, les altérations du bulbe ou des nerfs pneumogastriques n'ont pas dépassé jusqu'ici, en pareil cas, la phase hypothétique. Il résulte de cette discussion que de part et d'autre on peut dire avec M. Huchard : petites lésions pour de grands effets. Dans ces conditions, il serait peut-être prématuré de fixer des conclusions que ne semblent autoriser ni la clinique ni l'anatomie pathologique.

Des abcès péri-amygdaliens. — MM. Gouguenheim et Ripault. L'hypertrophie chronique des amygdales est susceptible, sous l'influence d'un refroidissement, de provoquer des inflammations qui se limitent à l'amygdale ou qui se développent en dehors d'elle, d'où l'existence de deux variétés de phlegmons ; le phlegmon amygdalien et le phlegmon péri-amygdalien ; le second est considéré par les auteurs classiques comme le plus fréquent; cette assertion est erronée, car la suppuration amygdalienne est la règle, et l'extra amygdalienne l'exception.

La marche de l'affection diffère sensiblement; le siège du pus n'est pas le même et le lieu de l'ouverture de l'abcès est tout à fait différent. Autant l'intervention du médecin est difficile à préciser et souvent importune dans l'abcès de l'amygdale, autant elle est facile à préciser et décisive dans le phlegmon péri-amygdalien.

M. Moizard lit un travail sur **les attouchements de l'angine diphtérique par la glycérine au sublimé**. Ce traitement paraît actuellement donner les meilleurs résultats. Cette assertion est confirmée par les expériences de M. Sevestre et de M. Hayem.

M. Rendu lit une observation de M. Desplats, intitulée : **Atrésie des coronaires; angine de poitrine; mort.**

M. Laveran lit un travail de M. Matignon sur une **Éruption chéloïdiforme consécutive à une friction d'huile de croton.**

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juillet.— Présidence de M. Lucas-Championnière.

Lithiase biliaire et intervention chirurgicale. — M. Routier. Dans deux faits que j'ai opérés j'ai pu, comme l'a dit M. Michaux, vérifier que la cholécystectérostomie peut donner des résultats moins satisfaisants que la cholécystotomie. Celle-ci n'expose pas aux dangers de l'infection des voies biliaires par l'abouchement intestinal.

Dans un fait, chez une malade atteinte d'ictère chronique dont la vésicule était du volume du petit doigt, rétractée, par la laparotomie, après incision de la vésicule biliaire, je pus retirer un calcul du cholédoque. La vésicule fut laissée ouverte ; pendant deux mois et demi la fistule donna passage à une énorme quantité de bile, puis se ferma et les phénomènes d'ictère disparurent.

Dans un autre, la laparotomie montra la rétraction du foie et une masse compacte de fausses membranes. La vésicule était grosse comme le bout du doigt, je l'ouvris et je pus sortir deux calculs. Malgré tous les symptômes d'occlusion du cholédoque que présentait la malade, je me contentai de laisser ouverte la vésicule. L'ictère disparut au bout d'un certain temps. Puis la fistule se ferma, et depuis ce temps la malade n'a pas eu d'accident.

M. Terrier. Dans les observations présentées par M. Michaux, on trouvait dans l'une une vésicule distendue, malgré la présence d'une occlusion calculeuse du cholédoque, ce qui est contraire à la règle qui veut que la vésicule soit rétractée dans ces cas. Quand ces vésicules sont dilatées, il y a hypertrophie et friabilité de leurs parois. Dans ce fait, rapporté au bout de quelque temps, la malade a succombé, sans que rien puisse expliquer cette fin rapide.

Le second cas était une obstruction pour cancer du pancréas et ne peut être comparé au précédent.

Dans les opérations de Routier, on a fait simplement une cholécystotomie, c'est à-dire une fistule. Les accidents persistent pendant un certain temps, puis, petit à petit la bile coule de moins en moins, reprend son cours dans l'intestin et les malades guérissent. Aussi ne faut-il pas se hâter d'intervenir, de faire le cathétérisme des voies biliaires, celui-ci est difficile, parfois dangereux. C'est que les voies biliaires sont enflammées, par infection; c'est cette inflammation qui détermine la rétraction des tissus, et on peut peut-être supposer que cette inflammation disparaissant, la perméabilité peut se rétablir, dès que l'inflammation hypertrophiante des voies biliaires aura disparu.

M. Michaux s'est demandé s'il pourrait faire le diagnostic de la présence des calculs dans un point quelconque des voies biliaires. Je crois que ceci est encore impossible.

Faut-il faire la cholécystotomie ou la cholécystentérostomie? se demande M. Michaux. Mais il y a d'autres opérations entr'autres la cholécystectomie, qui peut trouver aussi ses indications.

M. Quénu. Pour faire la cholécystentérotomie, il faut que la vésicule soit suffisamment volumineuse pour être abouchée à l'intestin. Dans le cas contraire, on est forcé d'avoir recours à la cholécystotomie. Dans un cas qui m'est personnel, après une cholédochotomie, la malade, après des vomissements sanglants, succomba le cinquième jour. A l'autopsie, on trouva un cholédoque rempli de sang coagulé, ainsi que les canaux hépatiques, de là s'était produite une rétention biliaire complète par coagulation du sang. L'ensemble de la vésicule et du canal cystique mesurait 15 millim. On peut voir combien il était, dans ce cas, impossible de faire un cholécystentérostomie.

Le point relatif au diagnostic est tout à fait à réserver, comme M. Terrier, je ne sais comment il serait possible d'affirmer l'existence des calculs.

Chez un de mes malades ayant présenté tous les symptômes classiques de la lithiase, la laparotomie exploratrice montre la vésicule petite, et au-dessus du pancréas, vers le cholédoque on sentait une petite induration. Celle-ci incisée, contenait une sorte de pulpe qui était du carcinome gros comme un pois. Ce qu'il y a d'intéressant, j'ai pensé à faire une cholécystentérotosmie, mais le volume de la vésicule était tellement réduit qu'elle était impossible.

M. Nélaton. Le fait d'ouvrir la vésicule, nous dit M. Terrier, peut suffire à rétablir le cours de la bile.

Dans une observation, chez une femme, je fis l'extraction de 146 calculs biliaires et me contentai de fixer la vésicule à la peau. Deux jours après le cours de la bile était rétabli et actuellement trois ans après, la malade conserve une fistule muqueuse.

Fistule recto-cérébrale d'origine congénitale. — M. Tenger fait un rapport sur une observation de M. Lejars. Le trajet fistuleux occupait la région membraneuse. Après une incision transversale du périnée, M. Lejars isola le rectum de l'urèthre, puis sutura isolément le rectum et l'urèthre et mit une sonde à demeure. La réunion périnéale était complète. Mais quelques jours plus tard, l'urine reparut dans le rectum. Une deuxième tentative échoua. Une troisième fut conduite de la façon suivante : décollement très élevé de l'urèthre et du rectum, suture des deux conduits

is tamponnement de la plaie périnéale sans la suturer. petit malade était guéri un mois après.

Exstrophie de la vessie. Opération. Guérison. — Présentation de malade par M. Richelot.

Désarticulation du genou pour ulcère circulaire de jambe. Présentation de malade par M. Berger.

Nævus molluscoïde du bras et de l'épaule. — Présentation malade par M. Berger.

Polype naso-pharyngien. — Présentation de malade par . Berger.

Kyste hématique de l'épiploon. Rupture spontanée de la ompe. — Présentation de pièce par M. Routier.

F. Verchère.

OCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

éance du 12 juillet 1894. – Présidence de M. E. Besnier.

Eczéma symétrique des mains. — M. Brocq présente, en on nom et au nom de MM. Dejerine et Mirallié, une femme e 47 ans qui n'est ni hystérique, ni neurasténique et qui st atteinte, depuis plusieurs mois, d'un eczéma typique ymétrique des deux mains, développé sur les territoires du ubital. Elle présente, en outre, de la diminution très nette e la sensibilité au tact et à la piqûre des régions atteintes : es douleurs vives spontanées et aux mouvements dans le ras gauche, des sensations d'engourdissement et de lourur dans les membres supérieurs. Le trajet du médian st douloureux à la pression. Le Dr Dejerine, après examen pprofondi de la malade, a cru pouvoir conclure chez elle un trouble trophonévrotique, probablement lié à une névrite, mais sans lésion de l'axe encéphalo-médullaire. Le Dr Brocq fait ressortir l'importance de ce cas, qui établit l'une manière irréfutable qu'une éruption eczémateuse ypique peut être consécutive à une lésion du système nerveux. On pourrait, toutefois, soutenir ici que, la malade étant sujette à de l'eczéma, cet eczéma est venu se localiser chez elle au point faible de son organisme, c'est-à-dire aux régions dont la sensibilité était diminuée par suite de la névrite. Mais, quelle que soit l'explication que l'on admette, ce fait prouve jusqu'à l'évidence le rôle pathogène majeur que joue le système nerveux dans la production de certains eczémas.

Syphiloïdes infantiles dérivant du pityriasis versicolor. — MM. A. Fournier et Sabouraud. Voici un enfant âgé de 6 semaines qui est atteint d'une éruption ressemblant absolument à des lésions de syphilis héréditaire. Au premier abord, l'aspect étiolé du petit malade plaide en faveur de cette interprétation, aussi bien que les caractères extérieurs des lésions, lesquelles ont débuté dès le quinzième jour après la naissance au niveau de la jambe pour envahir rapidement tout le membre ; peu à peu elles ont pris la disposition actuelle de larges plaques arrondies, à centre pulvérulent et à contours polygoniques entourés d'une zone rougeâtre. Cependant l'absence de tout autre accident spécifique chez l'enfant, de toute trace de syphilis chez le père et la mère, nous avait forcé à suspendre notre diagnostic, et grande était notre hésitation quand nous découvrîmes sur la poitrine de la mère, entre les deux seins, une éruption de pityriasis versicolor dont la nature nous fut confirmée par l'examen histologique de M. Sabouraud. Mais quel ne fut pas notre étonnement quand l'examen découvrit dans les lésions de l'enfant le même parasite du pityriasis constaté chez la mère. Ajoutons que les caractères morphologiques du parasite étaient légèrement différents de ce qu'ils sont dans la forme vulgaire. La guérison fut obtenue rapidement par l'application du traitement local que nous employons ordinairement. Ce fait nous a paru doublement intéressant parce que jamais nous n'avons vu le pityriasis versicolor se manifester sous cette forme, et aussi parce que nous ne devrons plus à l'avenir formuler un diagnostic de syphiloïdes infantiles sans nous être mis à l'abri d'une erreur par un examen microscopique.

Le pityriasis versicolor peut donc se développer dans le tout jeune âge. Il peut se montrer sous la forme insolite d'un exanthème aigu présentant les caractères extérieurs que traduit cette photographie. Enfin, ses lésions peuvent revêtir l'aspect syphiloïde capable d'en imposer pour de la syphilis.

M. Brocq. Ce fait, tout intéressant qu'il est, est-il réellement bien extraordinaire? Dans l'érythrasma, en effet, nous connaissons une forme torpide qui ressemble beaucoup à la forme torpide du microsporon furfur, et une forme aiguë qui ne doit pas manquer d'analogie avec la forme aiguë du pityriasis versicolor. Nous demandons à M. Sabouraud si dans les deux cas le parasite est le même.

M. Sabouraud. Contrairement aux assertions de certains auteurs l'étude du microsporon furfur est extrêmement difficile à faire par les cultures et, pour ce qui me concerne, celles que j'ai tenté de faire sont toujours restées stériles. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'au microscope le parasite du microsporon furfur et celui de l'érythrasma ne sauraient être confondus en raison de leurs dimensions respectives.

M. A. Fournier. Il existe certainement deux formes d'érythrasma, une forme froide et une forme aiguë.

M. Jacquet. Trouvait-on ici le signe dit *du coup d'ongle*, qui est un des caractères classiques du pityriasis versicolor?

M. A. Fournier. On ne l'a pas constaté. J'ajouterai que le pityriasis s'est développé sur une région constamment baignée par l'urine, ce qui a peut-être contribué à le modifier.

M. E. Besnier. Le même parasite, suivant les circonstances extrinsèques, peut donner lieu à des lésions d'aspect différent.

Prurigo simplex aigu de Vidal-Brocq et prurigo de Hebra. — M. Hallopeau. 1° L'état morbide décrit par Vidal sous le nom de lichen simplex aigu, par Tomasoli sous celui de prurigo temporaire auto-toxique, et par Brocq sous celui de prurigo simplex aigu, constitue, comme l'ont bien montré ces auteurs, une espèce nouvelle ;

2° Le caractère vésiculeux des éléments ne permet pas de conserver la dénomination de lichen ; celle de prurigo autotoxique a le tort de reposer sur une hypothèse ; celle de prurigo simplex doit être préférée ;

3° La marche cyclique de cette éruption et ses localisations d'élection aux genoux, aux coudes et à la nuque, les rapprochent des pseudo-exanthèmes ;

4° Peut-être la grossesse et l'état puerpéral peuvent-ils être l'origine des toxines qui en sont vraisemblablement la cause prochaine ;

5° Les poussées aiguës qui se reproduisent plusieurs fois

par au dans le prurigo de Hebra offrent dans leurs caractères cliniques et leurs localisations comme dans leur structure de grandes analogies avec celles du prurigo simplex aigu : ces états morbides appartiennent à une même famille nosologique.

Pityriasis rubra pilaire, lichen de Wilson ou lichen scrofulosorum. — H. Hallopeau. Un jeune enfant montre combien le diagnostic entre ces trois maladies peut offrir de difficultés : il est atteint simultanément, à la jambe gauche, d'une lésion très probablement tuberculeuse et d'adénites suppurées de la région inguinale correspondante : ce fait et ces caractères mêmes d'une éruption miliaire occupant le tronc sont en faveur du lichen scrofulosorum ; mais concurremment d'autres papules acuminées occupant le dos des phalanges sont en faveur d'un pityriasis rubra pilaire et enfin des dilatations très considérables des orifices sudoripares dans la paume d'une des mains ne s'observent guère que dans le lichen de Wilson : le diagnostic devrait donc rester en suspens, si le groupement autour des lésions tuberculeuses de papules identiques à celles du pityriasis rubra pilaire ne venait faire pencher la balance en faveur d'un lichen scrofulosorum.

Dermatite de Duhring (*Variété érythémato-pustuleuse*). — M. L. Vickham présente un malade atteint depuis huit ans d'une éruption érythémato-pustuleuse, polymorphe, prurigineuse, évoluant par poussées successives, avec conservation d'un bon état général. Cet ensemble de lésions réalise le tableau de la dermatite de Duhring, mais on constate chez le malade certains caractères rares, tels que : 1° des troubles trophiques assez accentués ; 2° une germination locale par foyers des pustules.

Traitement des teignes par l'aldéhyde formique. — M. Pottevin. L'aldéhyde formique jouit de propriétés antiseptiques de premier ordre, et, de plus, ses vapeurs ont un extrême pouvoir de diffusibilité même au travers des graisses. Ces qualités désignaient donc l'aldéhyde formique comme un médicament de choix pour le traitement des teignes, car l'impuissance de la thérapeutique dans ces maladies a surtout pour cause la profondeur d'implantation des cheveux malades dans les follicules obstruées par le sébum.

L'application d'une couche d'ouate hydrophile imbibée d'une solution aqueuse de formol à 2 0/0 recouverte d'une calotte de caoutchouc est bien supporté par le cuir chevelu. S'il survient quelques lésions irritatives, le pansement est suspendu pendant un jour.

Malheureusement, ces essais poursuivis depuis un an, soit à l'hôpital des Enfants-Malades, soit à l'hôpital Saint-Louis à l'école des teigneux, n'ont donné que quelques résultats heureux, mélangés d'un plus grand nombre d'insuccès.

Ce sont là des résultats médiocres, identiques d'ailleurs à ceux que tous les autres modes de traitement ont fournis sous nos yeux pendant le même laps de temps.

Origine aviaire de certaines trichophyties de la barbe chez l'homme. — M. R. Sabouraud présente à la Société la tête et le cou d'une poule trichophytique que M. Mégnin lui a adressée.

Sur les régions malades, les plumes sont tombées en totalité, ne laissant à leur place qu'un cône épidermique saillant, où le parasite existe en abondance.

Le fait extrêmement important que nous offre cette rare observation, c'est que l'espèce trichophytique, cause de ces lésions, est précisément l'espèce à cultures roses que, depuis deux ans, j'ai rencontrée trois fois dans la trichophytie pilaire sèche de la barbe chez l'homme. Chaque fois les commémoratifs accusés par les malades incriminaient l'origine aviaire de leur contage. Mais jusqu'ici il m'avait toujours été impossible d'en faire la preuve.

Désormais cette espèce trichophytique à cultures roses est donc classée et son origine aviaire, seulement probable jusqu'ici, se trouve définitivement établie.

Voici les cultures comparatives provenant de cette poule et les cultures d'origine humaine que je garde depuis vingt mois ; elles sont pleinement identiques.

Glossite syphilitique à leucoplasie lenticulaire. — M. Merdel. Les glossites tertiaires ne sont pas des affections leucoplasiques, et la présence sur la muqueuse linguale de lésions de cette nature est plutôt faite pour rendre le diagnostic hésitant. Dans le cas actuel, la syphilis est démontrée, et le malade présente depuis une quinzaine d'années un degré assez prononcé de sclérose linguale, avec taches leucoplasiques, irrégulières, lenticulaires, semées sur la moitié antérieure du dos de la langue, les taches sont surélevées et produites en grande partie par un exsudat assez épais qu'on détache par le frottement et au-dessous duquel le trouble de la fonction épithéliale s'accuse par la présence d'une autre tache grisâtre indélébile.

On ne saurait songer ici à la lésion appelée « psoriasis lingual » ; on pourrait penser, au contraire, au lichen de la langue, dont les lésions, bien décrites par M. Thibierge, se rapprochent de ce que nous décrivons ici.

Le lichen lingual est presque toujours accompagné de lésions cutanées du lichen plan.

M. A. Fournier. Jusqu'ici la confusion la plus absolue règne dans la classification des leucoplasies, et il serait intéressant de chercher à différencier les diverses variétés de cette affection. Pour ma part, les nombreuses observations que j'en ai recueillies me permettent seulement d'établir la distinction suivante : 1° la forme lenticulaire appartient à la syphilis ; 2° la leucoplasie en nappe, au contraire, s'observe surtout chez les fumeurs.

SOCIÉTÉ MÉDICALE

DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 13 juin 1894. — Présidence de M. Rotillon.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. Bonthoux, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, en reponse à celle qui lui avait été adressée par la Société pour le remercier de son appui ; 2° une lettre de M. Bompard, conseiller municipal de Paris, transmettant ses remerciements pour le vote du 6 mai ; 3° des brochures du Dr Perrin, fondateur et ancien président de notre Société.

M. le Secrétaire général lit des extraits des différents journaux médicaux qui ont parlé de l'envoi de notre délégué, le Dr Billon, au congrès d'Assistance de Lyon. La délégation du Conseil municipal de Paris se composera de MM. Bompard, Davrillé des Essarts, Faillet et Dubois, l'Union des syndicats médicaux sera représentée par son prési-

nt le Dr Porson; le syndicat de la Seine par M. Le Baron.

La Société médicale du VIe arrondissement, ainsi que le nseil général des Sociétés d'arrondissement ont renvoyé vant la Société des bureaux de Bienfaisance la question s certificats pour l'admission des aliénés dans les asiles.

M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène pu ique au ministère de l'Intérieur,nous a fait demander un rtain nombre d'exemplaires de l'exposé de nos deside ta. Ces imprimés lui ont été envoyés.

Le Dr Cart, habitant le XXe arrondissement. adresse une emande d'admission. La commission chargée de l'exa ien de sa candidature se composera de MM. Bimsenstein, inzelbach et Chauveau.

M. de Pradel fait un rapport sur la candidature du Monne qui a adressé à l'appui sa thèse, intitulée : « Con ibution à l'étude du prolapsus du rectum. »

M. Rotillon donne lecture de son rapport sur le travail résenté au Conseil municipal, au nom de la 5e commis ion,par M. Bompard. Une analyse de ce travail a déjà été onnée par M. Gourichon dans la séance précédente.

A ce propos, M. Billon fait connaître que la Commission u Conseil de surveillance a rejeté toutes les décisions qui ous étaient favorables et qui avaient été votées par le Conseil municipal.

L'ordre du jour appelle la question des certificats médi aux délivrés par les médecins des bureaux de Bienfaisance à leurs malades.

M. le Coin rappelle l'incident soulevé par un de nos con rères du XVIIe arrondissement qui,ayant refusé de délivrer à un indigent un certificat devant servir à l'admission de sa femme dans un asile d'aliénés, fut blâmé par la muni cipalité.

M. Bimsenstein a écrit au secrétaire-trésorier du XIe ar rondissement pour lui demander quelle doit être la con duite du médecin à qui certains certificats sont demandés. Le règlement concernant les placements dans les asiles d'a liénés du département de la Seine stipule formellement que les demandes d'admission doivent être accompagnées d'un certificat de médecin sur une feuille de papier timbré de 0 fr. 60. D'autre part l'administration de l'assistance publique ne met à la disposition de ses médecins que des im primés spéciaux pour constater des cas de maladie ou d'in firmités.

Voici la réponse du secrétaire du XIe arrondissement : « Le Bureau de bienfaisance n'établit de certificats médi caux que pour renseignements administratifs concernant ses propres services ou ceux de l'Assistance publique. Les aliénés relèvent de la Préfecture de la Seine et les cas médico-légaux ne concernent pas notre administration.

M. Tolédano. Les certificats, quels qu'ils soient, ne doivent être délivrés que sur la réquisition de l'administration. Quant à ceux qui constatent l'aliénation mentale, le règlement des hospices d'aliénés est formel et exige la feuille de papier timbré ; néanmoins, il est fait exception à cette règle quand il s'agit d'indigents secourus par les Bu reaux de bienfaisance ou de membres des Sociétés de Secours mutuels.

M. de Pradel. D'après le règlement, les certificats établis sur les imprimés de l'Assistance publique ne doivent être délivrés ni au malade lui-même ni à sa famille. Ils doivent être remis directement au Bureau.

M. Le Coin. C'est ainsi que les choses se passent dans le VIe arrondissement. Le certificat est toujours adressé directement à l'Administration, jamais il n'est laissé entre les mains du malade. Nous ne délivrons uniquement que des certificats pour l'administration ; nous devons refuser ceux qui nous sont demandés pour des actions en justice, pour exemption du service militaire, etc. Pour les aliénés qui sont la cause de troubles pour l'ordre public, c'est au commissaire de police d'intervenir. On nous propose pour les cas difficiles, pour ceux dans lesquels le diagnostic n'est pas établi d'une façon formelle, de faire appeler un spécialiste ; mais alors, s'il en faut pour l'aliénation mentale, il en faudra aussi pour tous les cas, pour les yeux,les oreilles, le larynx, les voies urinaires, etc.

M. Commenge. Le médecin du Bureau doit toujours refuser les certificats d'aliénation mentale, même ceux demandés par l'Administration. C'est ainsi que j'ai toujours agi, et dans ce cas l'Administration s'adressait au commissaire de police.

MM. Tolédano et de Pradel proposent la rédaction suivante :

« La Société, après avoir entendu les explications de plusieurs de ses membres relativement à la délivrance des certificats d'aliénation mentale et d'internement, est d'avis que les médecins du Bureau de Bienfaisance doivent se conformer au règlement de l'Assistance publique, et par conséquent refuser la délivrance de ces sortes de certificats qui n'entrent pas dans leurs attributions. »

Cette rédaction est acceptée, et sera communiquée à la Société du VIe arrondissement et au Conseil général des sociétés.

M. Billon rend compte des démarches qu'il a faites et de la correspondance qu'il a échangée pour se mettre en rapport avec les organisateurs du Congrès de Lyon : M. Francis Sabran, secrétaire général du Congrès ; M. le maire de Lyon ; M. Jean, président du Bureau de bienfaisance et les médecins chargés de ce service.

Il fait connaître que le travail qu'il a préparé et qu'il doit lire au Congrès a été soumis au bureau de la Société et approuvé dans une réunion préparatoire.

Il donne lecture de ses conclusions, dans lesquelles il revendique les améliorations que nous poursuivons depuis si longtemps.

Le secrétaire des séances. Dr Jarry.

VARIÉTÉS

Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine.

Séance du 11 *juillet.— Présidence de M. le* Dr Verchère

Le procès-verbal de la séance de juin est lu est adopté. La correspondance comprend des lettres de MM. les Drs Lecoin, Tolédano, Putel, Chambellan, Chevallereau et Desnos s'excusant de ne pouvoir assiter à la séance, une lettre de M. le sénateur Labbé remerciant le Conseil de lui avoir conféré le titre de membre honoraire.

Le Président fait ensuite l'éloge du Dr Chouppe mort subitement quelques après jours la dernière séance du Conseil à laquelle il assistait encore. Il rappelle que notre confrère avait été,dès l'origine,un des membres les plus actifs et

les plus dévoués de l'association. Très exact à nos séances, il avait pris part à la discussion de toutes les questions intéressant le corps médical qui ont vu le jour dans ces dernières années, et il y avait acquis une compétence spéciale. La Société du XVI[e] arrondissement, dont notre collègue était secrétaire-général depuis la fondation, a fait déposer une couronne par une délégation envoyée aux obsèques. Le bureau du Conseil, prévenu trop tard ne peut que s'associer par un hommage tardif à cette manifestion de regrets exprimés à l'occasion de la mort de notre sympathique collègue et ancien président.

Il est ensuite donné lecture d'une lettre de M. le D[r] Lecoin, secrétaire général de la Société médicale des bureaux de bienfaisance, relative à la question des certificats d'aliénation mentale à délivrer par les médecins des bureaux de bienfaisance.

Cette question, soulevée dans la Société du XVII[e] à l'occasion du refus opposé par un des membres de la Société, de signer un certificat à lui demandé, a déjà été discutée dans les séances de juin et de mai.

Le Conseil avait admis qu'en aucun cas l'administration n'avait qualité pour exercer une pression sur le médecin du bureau de bienfaisance, qui doit rester libre, dans le cas toujours grave d'un internement, d'agir suivant sa conscience.

La Société des médecins des bureaux de bienfaisance a, dans sa séance du 13 juin dernier, adopté les conclusions suivantes :

« La Société, après avoir entendu les explications de plusieurs de ses membres, relativement à la délivrance des certificats d'aliénation mentale et d'internement, est d'avis que les médecins des Bureaux de bienfaisance doivent se conformer aux règlements de l'Assistance publique et par conséquent refuser la délivrance de ces sortes de certificats qui n'entrent pas dans leurs attributions. »

Il est ensuite donné lecture d'un extrait du procès-verbal de la séance du 29 juin de la Société du XVII[e] adressé par M. Ducor. La Société vote des félicitations et des remerciements à la commission et au bureau du Conseil, et les invite à continuer toutes les démarches jugées nécessaires auprès des pouvoirs publics, à l'effet d'atténuer les charges qui accablent le corps médical et de s'opposer à leur augmentation.

Pour ce qui concerne la déclaration des maladies la Société s'associe en principe aux conclusions de la Société de médecine de Paris; elle croit que, tel qu'il est rédigé, l'arrêté ministériel concernant la déclaration des maladies contagieuses est contraire à l'intérêt de la Société, des malades et des médecins ; mais elle estime que vu l'indifférence ou l'hostilité du public et des administrations, une action immédiate auprès des pouvoirs publics serait prématurée, elle croit que des modifications seront plus facilement obtenues lorsque les protestations du corps médical pourront s'appuyer sur un plus grand nombre de faits.

C'est l'avis qui a prévalu au Conseil qui insiste à nouveau auprès des confrères membres ou non des sociétés, pour qu'ils veuillent bien réunir les faits qu'il leur aura été donné d'observer et les transmettre ensuite soit aux secrétaires-généraux de leur Société, soit directement au bureau du Conseil.

M. Bonnard, secrétaire-général de la Société du X[e], fait ensuite part de l'adhésion de sa Société aux conclusions du rapport de la Société de médecine de Paris.

A titre documentaire, il est donné lecture d'un article d'information paru dans la *Semaine Médicale* du 27 juin dernier, sous ce titre : « La déclaration des maladies épidémiques et l'ingérence administrative ».

L'article reproduit le texte d'un arrêté du maire de Versailles, instituant un corps de médecins commis pour surveiller l'exécution des mesures prophylactiques proposées par les médecins traitants ou prescrites par l'administration municipale en cas d'urgence. Il donnera aux familles tous les conseils relatifs à l'isolement du malade dans la limite du possible, à la désinfection des déjections, des hardes et des logements, etc.

Comme correctif l'article 2 ajoute : Toute liberté d'action est, bien entendu, laissée aux médecins traitants dans la direction des secours à donner à leurs malades et dans l'application des mesures de désinfection et d'isolement qu'ils jugeront nécessaires.

Il serait intéressant de savoir ce que pensent de cet arrêté nos confrères de Versailles et ce qu'il adviendra en cas de conflit ou de divergence d'opinion entre le médecin traitant et le médecin inspecteur.

Des quarantaines imposées aux enfants après les maladies contagieuses. — Cette question a été soulevée à la Société du XVI[e] par le D[r] Thorel qui avait été frappé de ce fait que des enfants fréquentant le Lycée subissaient une quarantaine de vingt-cinq jours, alors que dans les écoles primaires on les admettrait après quinze jours pour la même maladie. Des renseignements que le bureau a recueillis, il ressort que la règle a quelque peu varié et est diversement appliquée. Dans bon nombre d'écoles, ainsi que cela nous a été dit par les instituteurs et les inspecteurs primaires, le soin de l'admission est laissé aux médecins inspecteurs; dans les lycées et collèges, la durée de la quarantaine est fixée par un règlement paru en 1890, et établi par l'Académie de médecine.

En fait, il est non moins certain que les établissements primaires sont soumis au même règlement ainsi qu'il appert de la circulaire suivante signée de M. Bourgeois (fascicule 113. Mémoires publiés par le musée pédagogique).

Monsieur le Préfet,

Mon prédécesseur a adressé à MM. les Recteurs, le 15 mars courant, une circulaire indiquant, d'après l'avis de l'Académie de médecine, la durée de la période d'isolement à laquelle doivent être soumis les élèves de l'enseignement secondaire, atteints de certaines maladies contagieuses. Ces prescriptions trouvant également leur application dans les écoles primaires, je vous serai obligé de la porter à la connaissance du personnel par la voie du Bulletin.

Chaque fois que l'absence d'un élève sera occasionnée par l'une des maladies ci-après : variole, varicelle, scarlatine, rougeole, diphtérie, oreillons, l'instituteur, l'institutrice ou la directrice d'école maternelle ne devront recevoir cet enfant, qu'après s'être assurés que la période d'isolement est écoulée.

Cette période, qui doit être comptée à partir du début de la maladie, est de quarante jours pour la variole, la scarlatine, la diphtérie; de vingt-cinq jours pour la varicelle, la rougeole, les oreillons.

Quant aux enfants atteints de la coqueluche, ils ne pourront être admis de nouveau dans les écoles qu'en présentant un certificat du médecin-inspecteur des Ecoles ou, à son défaut, du médecin traitant, attestant qu'ils sont guéris depuis un mois.

la jurisprudence est donc fixée à ce sujet. La convalescence des enfants fréquentant soit les écoles primaires, soit les écoles secondaires, est régie par les mêmes règlements. Il reste à se demander si l'on ne pourrait atténuer, au moins pour quelques-unes de ces maladies, la durée de la quarantaine; c'est sur ce point que la discussion s'engage, pour aboutir au vœu suivant :

« Le Conseil général, considérant que les délais d'isolement imposés aux enfants des Lycées et des Ecoles ne sont plus en rapport avec les données de la science, émet le vœu que le règlement des établissements scolaires soit revisé. »

Une Commission composée du Président, du Secrétaire général et du Dr Ramonat, médecin-inspecteur, est chargée de la mission de faire aboutir ce vœu en s'adressant aux divers pouvoirs.

Sur la proposition de M. le Dr Genesteix, il est décidé qu'il y aura au mois de décembre une réunion plénière comprenant les membres de toutes les Sociétés médicales de la Seine.

La prochaine séance aura lieu en octobre pendant les vacances, c'est sur convocation spéciale du bureau qu'une réunion du Conseil peut avoir lieu en cas d'urgence.

Le Secrétaire général : Dr Cayla.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Sont nommés chefs de clinique médicale :

Hôtel-Dieu : MM. Marquezy, chef; Auscher, adjoint.

Charité : M. Teissier, chef; Martin Durr, adjoint.

Saint-Antoine : M. Parmentier, chef; Lesage, adjoint.

Aux Enfants : M. Boulloche, chef; Renault, adjoint.

Faculté de médecine de Paris. — Le concours du clinicat des maladies mentales vient de se terminer par la nomination, par ordre alphabétique, de MM. les Drs Roubinowich et Toulouse.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Hédon (Charles-Edouard-Eutrope-Emmanuel), est nommé professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier.

Collège de France. — Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1894, la chaire de médecine du Collège de France est déclarée vacante.

Hôpitaux de Paris. — Médecins du bureau central. — Le concours pour 3 places de médecins du Bureau central (médecine) s'est terminé par la nomination de MM. Ménétrier, Duflocq et Queyrat.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 12 juillet 1894, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Laugier, médecin en chef de la marine;

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe de la marine Fortoul, Aubert, Le Denmat, Michel, Kergrohen, Bellot et Espieux.

Légion d'honneur. — Sont nommés au grade d'officier : MM. les Drs Mutin, Laurence, Blaise, Delmas, Minzior, Cottel, Mather, médecins militaires.

Au grade de chevalier : MM. les Drs Lauza, Granier, Darde, Bonnaix, Marty, Chopinet, Bergounoux, Vuillemin, Adam, Laval, Ocht, Chatain, Ucciani, Vautrin, Cadot, Robert, Liron, Maokiewicz, Mourey, Cosson, Duval, Boulian, Jacquey, Mons et Durget, médecins militaires, Licourt (à Châtillon-sur-Marne) et Carassus (à Milly).

— Par décret, en date du 13 juillet 1894, M. Cheurlot, médecin-major de première classe de l'armée territoriale, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Conseil général des facultés de Paris. — Le Conseil s'est réuni lundi à la Sorbonne, sous la présidence de M. Gréard, vice-recteur de l'Académie.

Il a pris connaissance des documents envoyés par les universités étrangères à l'Université de Paris.

Lecture a été donnée d'une note de M. Melon, secrétaire du comité de patronage des étudiants étrangers, sur la situation des universités écossaises, notamment de celle d'Édimbourg et sur le régime des *maisons d'étudiants* à l'étranger.

Le Conseil demande la création d'une chaire d'analyse chimique à l'Ecole supérieure de pharmacie, d'une chaire de géographie physique, d'un cours complémentaire de paléontologie, d'un cours d'histologie et de physiologie, et d'une chaire de physique céleste à la Faculté des sciences.

M. le vice-recteur a rendu compte du succès des négociations engagées avec le Conseil municipal de Paris, au sujet de l'achèvement des travaux de la Faculté de médecine d'une part, et, d'autre part, de l'installation dans les anciens locaux du collège Rollin, rue Lhomond, appartenant à la Ville, des services dont la Faculté des sciences a besoin pour l'enseignement des sciences physiques, chimiques et naturelles, correspondant à la première année des études médicales. La 4e Commission et le Conseil ont, en cette circonstance, prêté une fois de plus à l'administration universitaire un concours auquel M. Gréard s'est plu à rendre témoignage à plusieurs reprises.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 10 juillet 1894, ont été promus dans le corps de santé militaire, et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de 1e classe. — M. Bresson, désigné pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains (médecin-chef).

Au grade de médecin principal de 2e classe. — M. Baudot, désigné pour l'hôpital militaire de Chambéry (médecin-chef. — M. Bénech, désigné pour l'Ecole supérieure de guerre.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — M. Martin (S.), désigné pour le 6e d'artillerie. — M. Cristau, maintenu au 142e d'infanterie. — M. Pommay, désigné pour le 123e d'infanterie. — M. Veillon, désigné pour le 102e d'infanterie. — M. Gatumeau, désigné pour le 138e d'infanterie. — M. Voirhaye, maintenu au 70e d'infanterie. — M. Ferrié, désigné pour le 53e d'infanterie. — M. Comte, désigné pour le 28e d'infanterie. — M. Aubertin, désigné pour le 84e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Jantet, désigné pour le 51e d'infanterie. — M. Zipfel, désigné pour le 129e d'infanterie. — M. Jaubert, désigné pour le 159e d'infanterie. — M. Spillmann, désigné pour le 39e d'infanterie. — M. Keim, désigné pour les hôpitaux de Tunisie. — M. de Burine, maintenu au 13e d'infanterie. — M. Milliès. dit Lacroix, désigné pour les hôpitaux de la division de Constantine. — M. Sudre, désigné pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique. —

M. Castelli, désigné pour le 156e d'infanterie. — M. Viéla, désigné pour 58e d'infanterie.

Au grade de médecin aide major de première classe. — M. Danjou, désigné pour l'hôpital Saint-Martin, à Paris.

— Par décret, en date du 10 juillet 1894, ont été nommés dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Méjasson et de Vésian.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de de deuxième classe, Mouclier, Nivet, Dufour, Montagnon, Courbet, Moreau, Depoix, Mugnerot, Vaté, Martin, Caubet, Specker, Fishié, Fortin, Vinaut et Payol.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les Drs Mélian, Gilis, Grajon, Barbet, Keller, Roussan, Leblond, Mollin, Pascal, Raoult, Maigre, Delalande, Bachelier, Thérèse, Luton, Bonneau, Blaise, Poussard, Dayot, Frémicourt, Saguet, Bourbon, Renaud, Labitte, Forner, Angelvin, Callin, Vibert, Estradère, Garat, Cattelin, Quinten, Candé, Carlotti, Delassus, Junot, Renous, Girard, Régnier, Trastour, Laguerre, Cuniot, Sarnalens, Legras, Monnier, Janot, Houdaille, Lericlie, Gotchaux, Chatelot, Angot, Boulanger, Bossis, Barth, Martin, Hamel, Lavergne, Rassier Thévenet, Azalbert, Nanard, Tripier, Galmard, Bouilloud, Perriol, Martin, de Lafont, Delord, Houdard, Gestat, Trichet, Decréquy, Foillard, Condamin, Legrand, Vidal, Guigon, Thomas, Roques, Yon, Aaraton, Ladevie, Marbot, Catrou, Manguis, Foucart, Lapanne, Grandferry, Céry, Daunic, Mory, Taillard, Baley, Larsonneur, Widiez, Castets, Lallemand, de Paulo, Bruneau, Louviot, Darquier, Mougeot, Waton, Butin, Jacques, Baron, Lebon, Bressans.

— Par décision ministérielle, en date du 10 juillet 1894, M. le médecin-inspecteur Debaussaux est maintenu dans les fonctions de directeur du service de santé du 13e corps d'armée à Marseille.

Armée territoriale. — Par décret, en date du 10 juillet 1894, ont été promus dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe, Gangolphe, Jullien et Gaucher.

Au grade médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe, Legalcher-Baron, Juranville, Provenaz, Jannet, Parmilleux, Cotton, Manouvrier, Peltier, Beringier, du Périer, Girard, Boulland, Faure, Gendre, Veilleau, Didier, Achard, Dusseaud, Le Roy, Bonnel, Massingue, Roche, Shuder, Lubet-Barbon, Riocreux, Guérard, Sémelaigne, Le Roy de Langevinière, Roi, Soyer et Frottier.

Par décision ministérielle, en date du 10 juillet 1894, sont désignés pour les postes suivants :

MM. les médecins principaux de première classe Schaumont, pour l'hôpital militaire de Marseille (médecin-chef); Vanmerris, pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris (médecin-chef).

M. le médecin principal de deuxième classe Catteau, pour l'hôpital militaire de Vincennes et le service technique du service de santé.

MM. les médecins-majors de première classe Bachelet, pour l'hôpital militaire de Nancy; Magdelaine, pour le 74e régiment d'infanterie; Castaing, pour l'hôpital militaire de La Rochelle (médecin-chef); Sedan, pour le 61e d'infanterie; Didier, pour l'hôpital militaire de Marseille (pour ordre); Salvetat, pour le 83e d'infanterie; Alban, pour l'hôpital militaire de Bourges; Duléry, pour le 31e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Legagneur, pour le 16e dragons; Langue, pour le 153e d'infanterie; Larroque, pour le 17e d'infanterie; Bocrois, pour le 1er d'infanterie; Troussaint, pour le 23e bataillon de chasseurs à pied; Bourbon, pour le 6e dragons; Bréau, pour le 7e d'infanterie; Béquin, pour le 22e dragons; Fix, pour le 6e bataillon de chasseurs à pied; Lemoine (L.-F.-E.-A.), pour le 22e bataillon de chasseurs à pied; Bimler, pour le 16e chasseurs; Mary (L.-E.), pour le 17e dragons; Billet (A.P.), pour l'orphelinat Hériot; Kocher, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Simon (A.-A.-O.), pour le 112e d'infanterie; Nabona, pour le 2e tirailleurs algériens; Ruotte, pour le 44e d'infanterie;

M. le médecin aide-major de première classe Toubeau, pour la légion de la Garde républicaine.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Capillery, pour le 6e hussards.

Corps de santé des colonies. — Par décret, en date du 10 juillet 1894, ont été promus ou nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat, savoir :

Au grade de médecin en chef de 2e classe. — M. Cazes.

Au grade de médecin principal. — M. Péthellaz.

Au grade de médecin de 1re classe. — MM. Chauveau, Maquebosse, Bouyssou, Neiret, Buisson, Devaux, Quennec et Logerais.

Au grade de médecin de 2e classe. — MM. Lefèvre, Auzillon et Maingux.

Conseil municipal de Paris. — Amélioration de la clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié. — M. Dubois. Messieurs, l'amphithéâtre d'opérations de l'hôpital de la Pitié est dans un très mauvais état, malsain et incommode. Il est urgent de remédier, dans l'intérêt des malades et de la science, à cette situation.

Si vous adoptez les conclusions de la 5e Commission, un amphithéâtre sera aménagé dans une salle occupée actuellement par 22 lits.

Il sera nécessaire de construire un baraquement pour compenser cette désaffectation. La somme à dépenser est évaluée, pour la création de l'amphithéâtre, à 25.629 francs qui sera imputée jusqu'à concurrence de 20.904 fr. 51 c. sur les reliquats disponibles du Paris mutuel, et, pour le surplus, sur les ressources ordinaires de l'Assistance publique pour l'exercice 1894.

La dépense pour la construction du baraquement pour les malades est évaluée à 30.480 fr. 39 c.

Cette somme sera imputée sur une subvention spéciale d'égale somme à allouer à l'Assistance publique.

Ces conclusions sont adoptées (*séance du 13 juillet 1894*).

Le Conseil municipal a voté la création d'un sanatorium de phtisiques sur le domaine d'Angicourt (Oise).

Il a adopté aussi les conclusions d'un rapport de M. Faillet, sur la construction, à l'hôpital Saint-Louis, de l'école-hôpital Lallier, destiné aux enfants teigneux.

Association de la Presse médicale. — Le troisième dîner statutaire pour l'année 1894 a eu lieu le 6 juillet 1894 au restaurant Marguery, sous la présidence de M. Cornil. 19 membres assistaient à cette séance.

M. Meyer a annoncé le décès de M. Gillet de Grandmont,

en membre de l'Association. MM. Delefosse, Fournier et vallereau ont fait leur rapport sur les candidatures de e Dr Lutaud, rédacteur en chef du *Journal de médecine de is*; M. le Dr Meugy, rédacteur en chef du *Bulletin offi- de l'Union des Syndicats médicaux de France*; M. le Gourrichon, rédacteur du *Bulletin officiel du syndicat médecins de la Seine*. MM. Lutaud, Meugy et Gourri- n ont été nommés membres de l'Association.

a été décidé, d'après un projet ancien, que l'Associa- n de la presse médicale s'adjoindrait, à titre *de corres- dants étrangers*, les directeurs de *journaux étrangers olités en langue française*.

M. Doléris a signalé à l'Association certains faits qui se nt passés récemment à la station thermale de Cauterets. a refusé d'une façon catégorique des cartes gratuites à sieurs médecins qui s'y étaient rendus pour suivre le itement.

MM. Laborde et Baudoin, président et rapporteur de la us-commission, nommée à la dernière réunion dans le t d'élaborer un projet de *Comité international de la esse*, ont communiqué les statuts et règlements qu'ils ont digés au nom de cette sous-commission. Après quelques odifications de détails apportés à la rédaction primitive, s statuts et règlements ont été adoptés à l'unanimité.

Service médical de nuit dans la Ville de Paris.

Statistique du mois de juin 1894,

Par MM. les Drs Passant et Rouillard.

Arrondis-sements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	11	1	1	13
2e	7	7	1	15
3e	13	17	5	35
4e	9	24	10	43
5e	11	10	6	27
6e	7	12	0	19
7e	4	8	4	16
8e	1	2	0	3
9e	3	8	1	12
10e	11	15	8	34
11e	36	47	22	105
12e	10	16	4	30
13e	27	38	16	81
14e	18	19	9	46
15e	26	36	13	75
16e	6	3	1	10
17e	13	16	6	35
18e	33	54	19	106
19e	31	30	19	80
20e	44	74	25	143
	321	437	170	928

a moyenne des visites est de..... 30,9
our le mois correspondant de l'an dernier elle était de..... 38,5
isites du mois de juin 1893..... 1.157
isites du mois de juin 1894..... 928
Différence en moins.... 229

Maladies observées.

A

ngines et laryngites	57
roup	10
oqueluche	3
Ophthalmie	2
Corps étranger de l'œsophage	2
B	
Asthme	12
Affections du cœur	30
Bronchites aiguës et chroniques	63
Pleuro-pneumonie	49
Congestion pulmonaire	14
Grippe, Influenza	7
C	
Affections et troubles gastro-intestinaux	125
Cholérine et dysenterie	19
Athrepsie	8
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	27
Hernie étranglée	9
Rétention d'urine	4
Maladies des organes génitaux	6
D	
Métrite, métro-péritonite	16
Métrorrhagie	25
Fausse couche	18
Accouchement, Délivrance	56
Accouchement non terminé	4
E	
Affections cérébrales	41
Convulsions, Eclampsies	33
Névralgie	23
Névroses	44
Epilepsie	11
Alcoolisme, Delirium tremens	10
F	
Rhumatisme	6
Affections éruptives	53
Fièvre	17
Fièvre typhoïde	8
Hémorrhagies de causes internes et externes	28
Erysipèle	4
G	
Plaies, Contusions, Abcès	39
Fractures, Luxations, Entorses	6
Empoisonnements	11
Asphyxie par le charbon	1
Suicide	3
H	
Mort à l'arrivée du médecin	24
Total	928

Les hommes entrent dans la proportion de..... 34,6 0/0
Les femmes.....d°.....d°..... 47,2 0/0
Les enfants au-dessous de 3 ans...d°..... 18,2 0/0

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie (session annuelle, les 2, 3 et 4 août 1894, à Lyon). — Programme. — *Jeudi 2 août.* — A 9 heures du matin, réunion à l'hospice de l'Antiquaille, salle de la clinique.

Après-midi, visite à l'Exposition.

Vendredi 3 août. — A 9 heures du matin, réunion à l'Antiquaille.

A 3 heures du soir, excursion sur la Saône; un bateau-mouche sera à la disposition des membres de la réunion et de leurs familles; départ de l'embarcadère du quai Saint-Antoine.

A 8 heures et demie, réception des membres de la réunion à l'Hôtel-de-Ville, par le maire de Lyon, Dr Gailleton, professeur de clinique des maladies vénériennes et cutanées, et la municipalité.

Samedi 4 août. — A 9 heures du matin, réunion à l'Antiquaille.

Après-midi, visite à l'Exposition ou aux divers édifices de la ville.

A 7 heures, banquet de clôture, au restaurant Maderni, place de la Bourse.

Le Comité d'organisation :

Rollet, professeur d'hygiène à la Faculté, ancien chirurgien-major de l'Antiquaille;

Gailleton, professeur de clinique des maladies vénériennes et cutanées, ancien chirurgien-major de l'Antiquaille;

Dron, ancien chirurgien-major de l'Antiquaille;

Horand, ancien chirurgien-major de l'Antiquaille;

Aubert, ancien chirurgien-major de l'Antiquaille;

Cordier, chirurgien titulaire de l'Antiquaille;

Augagneur, chirurgien-major de l'Antiquaille, agrégé à la Faculté;

Rochet, chirurgien-major désigné de l'Antiquaille, agrégé à la Faculté.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Augagneur, 2, *rue des Célestins, à Lyon.*

VIIIe Congrès international d'hygiène et de démographie, tenu à Budapest du 1 au 9 septembre 1894. — Les travaux préparatoires du VIIIe congrès international d'hygiène et de démographie seront bientôt achevés. Le succès desdits travaux dépasse d'ores et déjà les meilleures espérances et le Congrès ne sera pas seulement le digne successeur de ceux qui l'ont précédé mais, à plusieurs points de vue, sa réussite sera encore plus considérable : nous en avons la certitude, vu le considérable intérêt qu'il provoque dans toutes les contrées du monde. Jusqu'à ce jour, ont été annoncées 593 lectures pour le groupe d'hygiène et 132 pour le groupe de démographie, soit en tout 725 lectures. En outre, se feront représenter au Congrès : 26 gouvernements avec 92 délégués, 91 autorités avec 163 délégués, 41 universités avec 65 délégués, 132 sociétés et associations avec 300 délégués, soit jusqu'à ce jour 290 délégations avec 620 membres.

Parmi ces délégations, nous devons spécialement relever les gouvernements de la Républiqne Argentine, des Etats-Unis d'Amérique, du Japon; l'Etat du Michigan et la Colonie du Cap de Bonne-Espérance ; les villes d'Alexandrie, Burma, Howrah, Ranghoon et Mexico; le « Columbia College » de New-York et l'Université de Michigan; la Société de géographie et de statistique de Mexico.

Une des principales attractions du Congrès sera l'Exposition et surtout la section de cette Exposition montrant les progrès réalisés dans l'aissainissement des grandes villes. Parmi les exposants à cette section hautement intéressante, citons les villes de Paris, Berlin, Hamcourg, Venise, Odessa, Briinn, Montpellier, Alexandrie, San-Louis Potosi, etc.

Parmi les lectures présentant un intérêt général, nous relèverons les suivantes :

1° Professeur E. Levasseur (Paris) : Histoire de la démographie ;

2° Ernest Hart (Londres) : La défense contre le choléra dans les pays orientaux et l'hypothèse de sa diffusion épidémique ; propagation du choléra par les communications fluviales et par les grandes lignes de chemins de fer; relations directes existant entre la propagation du chol et celle de la fièvre typhoïde par l'eau, le lait, les matiè alimentaires; comme aussi avec les rapports prouvés en la suppression du choléra et de la fièvre typhoïde et améliorations dans le système de drainage, etc. (en glais);

3° Professeur Dr C. Lombroso (Furin) : Le criminel ;

4° Professeur Dr Erisman (Moscou) : La luttre contre mort (en allemand) ;

5° Professeur Dr E. Leyden (Berlin) : Sur les soins q prennent les grandes villes pour les tuberculeux (en al mand);

6e Professeur Dr G. von Mayr (Strasbourg) : Statistique sociologie (en allemand) ;

7° Ingénieur Herczberg (Berlin) : Devoirs de l'ingéni en ce qui concerne l'hygiène (en allemand).

La Compagnie internationale ees Wagons-Lits et grands express européens a été chargée de la remise billets de voyage jouissant des réductions accordées. C réductions ne sont, bien entendu, consenties qu'aux po teurs de la carte de membre du Congrès. Le Comité ex cutif envoie en ce moment la deuxième édition de l'Inv tation contenant des éclaircissements détaillés et invita les adhérents à l'assemblée scientifique d'envoyer jusqu'a 10 août le montant de leur cotisation au secrétari général du Congrès (Budapest, hôpital Saint-Roch), c autrement le Comité exécutif ne saurait assumer de re ponsabilité en ce qui concerne les exigences des membr retardataires.

Le Secrétaire Général :
Professeur Dr C. Muller.

Clientèle médicale à céder à Paris. S'adresser aux bu reaux de la *France médicale*, 9, rue des Pyramides, de 4 6 heures, mardi excepté.

Bel appartement aménagé pour médecin, à louer, 15, plac des Vosges, vue sur le square. Prix modéré.

Nécrologie. — Le Dr Depons de Bazas, reçu en 1841. Le Dr Barudel, de Vichy. — Le Dr Bernard-de-Mas-d'Az (Ariège), reçu en 1855. — M. Bertrand, médecin à Blasimor (Gironde), reçu en 1866. — Le Dr Delabrousse, de Darnet (Seine-Inférieure), reçu en 1880. — Le Dr Beno, médec aide-major de 1re classe au 154e de ligne. — Le Dr Tavernie de Lyon, décédé le 26 juin, à l'âge de 85 ans. — M. Pa Delore, interne des hôpitaux de Lyon. — Le Dr Toupla d'Herbault (Loir-et-Cher).

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastas

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénéra teur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. d viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Es tomac et des Intestins.**

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES traités par *L'Emu sion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux. **Anémie, chlorose.** — *Dragées Cézard*, ne constipant pas.

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER. 1 cuillerée à café au repa

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*